

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.621  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 26/24 |

Λευκωσία, 25 Ιανουαρίου 2024

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Παιδοκαρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του ΝΑΜΙΙΙ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Παιδοκαρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του ΝΑΜΙΙΙ του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **δώδεκα (12) μήνες** από την ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης με **δικαίωμα ανανέωσης για έξι (6) μήνες + έξι (6) μήνες** αν τεκμηριωμένα εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη και εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

**Α. Αμοιβή / Παραδοτέα:**

**Ανά εφημερία on call**:

* **€250 Δευτέρα μέχρι Πέμπτη**
* **€330 Παρασκευή**
* **€350 Σάββατο / Κυριακή**
* **€500 Επίσημες Αργίες**

**Ο χρόνος ανταπόκρισης θα πρέπει να είναι εντός 30 λεπτών από την ώρα της κλήσης** **για τα επείγοντα περιστατικά.**

και επιπλέον για την εξέταση των περιστατικών ως ακολούθως:

* **€150 ανά εξέταση κατά τις εργάσιμες ώρες Δευτέρα με Παρασκευή 07:30 – 15:00**
* **€200 ανά εξέταση εκτός ωρών εργασίας**
* **€200 ανά εμβρυϊκό υπερηχοκαρδιογράφημα (fetal ultrasound) ανεξαρτήτως ώρας**

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται με τους κανονισμούς λειτουργίας του Νοσηλευτηρίου.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ ή εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Άντρη Σταυρίδου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 854.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**a.stavridou@shso.org.cy**](mailto:a.stavridou@shso.org.cy) **υποβάλλοντας τα ακόλουθα**:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το σημείο «Β. Απαιτούμενα Προσόντα»**

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος παραμένει σε ισχύ και θα γίνονται δεκτές αιτήσεις καθ’ όλη τη διάρκεια που θα είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 05/02/2024 και ώρα 10:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει **με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €450.000,00**. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Παιδοκαρδιολόγου
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοβαθμίας των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία των ενδιαφερομένων.

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι έχουν σε ισχύ σύμβαση αγοράς υπηρεσιών με τον ΟΚΥπΥ δεν μπορούν να αιτηθούν, εκτός αν ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο συγκεκριμένο τμήμα/μονάδα για κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών.

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι υπηρετούν στον ΟΚΥπΥ, είτε μέσω συμβολαίου είτε μέσω αποσπάσεώς τους από το Υπουργείο Υγείας θα μπορέσουν να ξεκινήσουν την σύμβαση αγοράς υπηρεσιών μετά την επίσημη αποχώρηση τους από τον ΟΚΥπΥ.

**Έντυπο 1 - ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |
| 1. **Τηλέφωνο Επικοινωνίας:** |  |
| 1. **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:** |  |
| 1. **Διεύθυνση Διαμονής:** | Οδός: ……………………………………………………  Αριθμός: …………  T.K.: ……………  Πόλη/Χωριό: ……………………… |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** *(π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)*
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** *(Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)*
4. **Κύρια προσόντα:** *(Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)*
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.*

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης.